

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GARDRINIER César, Yves

Né le 27 Avril 1909, à St-SERVAN-sur-MER (Ille-et-Vilaine)

Les fistules vésico-vaginales
post-obstétricales rebelles et leur traitement
par les procédés indirects
(A propos d'un cas personnel)

Président : M. PROUST, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GARDINIER César, Yves

Né le 27 Avril 1909, à St-SERVAN-sur-MER (Ille-et-Vilaine)

Les fistules vésico-vaginales
post-obstétricales rebelles et leur traitement
par les procédés indirects
(A propos d'un cas personnel)

Président : M. PROUST, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

Deven

G. ROUSSEY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSEY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MOCQUOT
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.)... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE .
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER .
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT. agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma grande affection.

A MA FIANCÉE

En gage de mon profond attachement.

A MES SŒURS

Qui furent toujours si dévouées pour moi.

A MONSIEUR LE CHEF D'ESCADRON PONCET
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

En reconnaissance de la confiance qu'il m'a témoignée.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Professeur de Clinique Gynécologique

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

« La fistule est une infirmité cruelle : toujours mouillées, exhalant une odeur pénétrante, incommodées par l'érythème de la vulve et des cuisses, les malades ont une existence très pénible. Les plus gravement lésées, celles dont la gêne n'est atténuée par aucun soin et chez qui la réparation reste en échec, arrivent à un véritable désespoir. » (RICHELOT)

Une observation toute récente nous a donné l'idée de revenir sur cette lésion, qui, fort heureusement, devient rare, même exceptionnelle avec les progrès de l'obstétrique. Si l'on consulte les vieux auteurs, c'était, jadis, chose fréquente, à cette époque où la femme enceinte, sans examen médical, attendait avec patience que le travail se déclenchât ; que le praticien arrivait, mandé seulement après un travail qui n'aboutissait pas, armé de son Levret aux larges cuillers, et que, l'enfant saisi, il se faisait aider dans ses tractions par les matrones présentes, voire par un homme solide, car il fallait, coûte que coûte, que l'enfant sortit. Il fallait débarrasser la parturiente : pour le reste,

tant pis : on s'en remettait à la Bonne Nature et à la Providence. Et cela aboutissait souvent, dans les jours suivants, à la fistule vésico-vaginale, ou à la fistule recto-vaginale, parfois aux deux réunies.

En relisant les chirurgiens de cette époque, on a l'impression que la cure des fistules vésico-vaginales était rebelle et décevante dans ses résultats, d'où le grand nombre de techniques successivement proposées.

Lorsque par contre, nous parcourons les manuels de technique récents, il semblerait que la cure en fut aisée. Le cas que nous rapportons montre qu'il n'en est pas toujours ainsi, et nous incite à chercher si, après quatre échecs chirurgicaux chez notre malade, jeune et complètement désespérée par sa répugnante infirmité, il ne serait pas possible, par un de ces procédés anciens, peut-être trop oubliés, d'atténuer sa cruelle situation.

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est doux de remercier tous nos maîtres, qui, dans les Hôpitaux ou à la Faculté de Médecine de Paris, nous ont témoigné une bienveillante attention. Notre reconnaissance s'adresse particulièrement aux professeurs des Hôpitaux et de l'Ecole de Médecine de Rennes, qui nous ont guidé au début de nos études et auxquels nous devons le meilleur de notre formation. Qu'ils veuillent bien croire à toute notre gratitude pour l'accueil si bienveillant et la sollicitude dont ils nous ont entouré pendant notre séjour à Rennes.

Que M. le Docteur BENOISTE PILLOIRE, chirurgien en

chef de l'Institut Orthopédique Marin de Kerpape, qui nous fit l'honneur de nous prendre comme interne dans ses services, et qui, toujours nous entoura d'une paternelle affection jamais démentie, veuille bien recevoir ici l'assurance de notre respectueux dévouement. Son souvenir restera toujours, pour nous, lié à celui de M. le Docteur BAILLEUL, chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours à Paris, membre de la Société de Chirurgie, Officier de la Légion d'Honneur, qui maintes fois voulut bien nous prodiguer ses conseils.

Nous prions M. le Docteur MARQUIS, Professeur de Clinique Chirurgicale, Directeur du Centre anticancéreux de Rennes, Correspondant National de la Société de Chirurgie, Officier de la Légion d'Honneur, qui voulut bien nous recevoir dans ses services pendant les quelques mois que nous passâmes à Rennes, en qualité de Médecin auxiliaire au 10^e R.A.D., de bien vouloir accepter l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

Nous ne saurions oublier la complaisance qu'eurent pour nous, jeune étudiant en vacances, les chirurgiens des Hôpitaux de Saint-Malo : MM. les Docteurs DUCHENE ET FERÉY, qui nous initièrent à la pratique de leur art. C'est le Docteur DUCHENE qui nous inspira le sujet de notre thèse, et nous l'en remercions bien sincèrement.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous ne nous occuperons dans ce travail, que des fistules vésico-vaginales d'ordre obstétrical, laissant volontairement de côté celles dues au cancer ou à la tuberculose, ou consécutives à l'Hystérectomie vaginale. A plus forte raison, ne nous occuperons-nous pas des fistules urinaires après la césarienne basse, fistules qui sont toujours utéro-vésicales ou au moins vésico-cervico-vaginales. Mêmes remarques pour les lésions produites lors de la césarienne vaginale, avec en plus la possibilité de créer des fistules uniquement vésico-vaginales.

La production de ces fistules a été admirablement décrite par les anciens auteurs.

A la page 658 de son « Traité d'Accouchement », AUVARD, en 1898, donne un schéma simple et clair de ces fistules, auquel nous aurons recours à propos de leurs variétés, et émet en aphorisme :

« Les deux moments du post-partum auxquels les fistules se déclarent le plus souvent sont :

« 1° de suite après l'accouchement (traumatisme instrumental).

« 2° soit environ une semaine après (chute d'une
« eschare, résultat d'une compression trop prolongée
« pendant l'accouchement).

« Les fistules, sauf rare exception, dépendent d'une
« faute de l'accoucheur. Aussi, avec les progrès de
« l'obstétrique et de l'assistance médicale, tendent-
« elles à disparaître ».

Dans son traité de « Chirurgie Clinique », édition
1900, TILLAUX écrit :

« On trouve chez la femme un genre de fistule
« urinaire tout à fait spécial, c'est celui qui succède
« à l'accouchement. En voici sommairement le mé-
« canisme :

« Lorsque la tête de l'enfant est arrivée dans l'exca-
« vation pelvienne, elle comprime fortement contre
« le pubis, la vessie et le segment inférieur de l'utérus.
« Si cette compression dure trop longtemps, deux ou
« trois jours, par exemple, il en résulte une eschare,
« comme à la suite de l'application d'une attelle trop
« serrée sur un membre. Lorsque l'accouchement est
« terminé, on ne peut se rendre compte de l'intensité
« des désordres produits, parce que, les eschares
« n'étant pas encore détachées, la vessie conserve
« l'urine. Mais bientôt sortent de grands lambeaux
« de tissu sphacélé, en même temps que se produit
« un écoulement abondant et fétide, et les urines
« commencent à passer par le vagin. Après l'élimi-
« nation complète, la fistule étant définitivement
« constituée, la malade se trouve atteinte d'inconti-

« nence absolue, et l'on constate que l'urine sort par le vagin : c'est la *fistule vésico-vaginale* ».

En 1902, dans son volume de « Chirurgie de l'Utérus, du Vagin et de la Vulve », RICHELOT résume ainsi l'étiologie de cette lésion :

« La pression de la tête, arrêtée longtemps au passage, détermine le sphacèle d'un point limité ou d'un gros morceau de la cloison vésico-vaginale, du col utérin, de l'urèthre. Le volume exagéré de la tête, une présentation de l'épaule, peuvent être la cause des accidents, mais surtout la longue durée du travail entre des mains inexpérimentées. Nous voyons aujourd'hui beaucoup moins de fistules, qu'autrefois, parce que les accouchements sont mieux faits. Mais, de temps à autre, il nous arrive de Province une malheureuse avec des lésions graves, quelquefois d'irréparables désordres ».

Nous ne saurions rien ajouter à l'étiologie ou à la Pathogénie des fistules vésico-vaginales post-obstétricales, si bien décrites par ces auteurs.

Actuellement les femmes enceintes se font surveiller pendant leur grossesse. Les fistules urinaires post-obstétricales deviennent une rareté, et nombreux sont les étudiants qui, au cours de leurs études, n'en ont point observées.

Cependant, nous devons nous attendre à voir davantage de ces lésions. En effet, l'opinion médicale tend à se modifier. Il y a quelques années, accoucheurs et chirurgiens étaient d'accord pour pratiquer d'emblée des césariennes, dès que l'accouchement menaçait de se compliquer un tant soit peu.

En 1934, VERMELIN, s'éleva à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie contre ces opérations intempestives. Il rapporta plusieurs observations de femmes césariées au cours d'accouchements antérieurs, sur la simple indication d'un travail lent et régulier avec dilatation pénible, sans que l'intervention n'ait été motivée par une dystocie valable, et obtenant dans la suite, des accouchements spontanés entre les mains de médecins habiles et patients. Il insista sur le danger de ces opérations non motivées qui grèvent l'avenir des femmes d'une cicatrice utérine, dont il est impossible d'affirmer la solidité. Aussi nombre d'accoucheurs préférèrent-ils dans les cas de bassins limites, attendre l'épreuve du travail avant de recourir à la césarienne, qui leur apparaît comme une solution rapide, mais simpliste de dénouer une situation qui exigerait une profonde formation obstétricale.

En résumé, nous reconnaissons donc deux origines aux fistules vésico-vaginales post-obstétricales :

1° *Traumatisme obstétrical*. — Les lésions de cette cause deviennent des raretés avec les progrès de l'obstétrique et l'assistance médicale aux femmes en couche.

2° *Chute d'une eschare*, provoquée par la compression prolongée des parties molles de la mère au cours du travail.

On observera encore quelques-unes de ces lésions, par exemple, au cours de l'épreuve du travail, en particulier chez les primipares à bassin limite et à parties molles de médiocre qualité.

L'anatomie topographique de la région vésico-génitale est trop présente à l'esprit de chacun pour que nous nous permettions autre chose qu'un bref rappel des rapports de la paroi antérieure du vagin avec les autres organes pelviens.

La face antérieure du vagin est en contact par la moitié supérieure de sa surface extérieure avec la vessie, qui repose sur elle par son trigone et une petite partie de son bas fond. Les deux organes sont alors séparés par un tissu cellulaire assez lâche, formant la cloison vésico-vaginale et d'une épaisseur moyenne de 10 m/m environ.

La moitié inférieure de cette même paroi, qui répond au canal de l'urèthre, ne présente aucun intérêt pour cette étude.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le titre même de ce travail nous limite, en ce sens que nous n'aurons ici en vue que les fistules post-obstétricales *vésico-vaginales* et non celles plus bas situées, sur l'urèthre.

Le siège le plus fréquent des fistules vésico-vaginales est la région du bas-fond vésical, en général sur la ligne médiane et le plus souvent près du col utérin.

Leurs dimensions sont variables, allant d'un petit pertuis à une sorte de cloaque uro-génital, suivant que la zone sphacélée a été restreinte ou large.

L'orifice lui-même est des plus variables : orifice arrondi, fente transversale ou ovale, ou en oblique, ou en croissant, tout ceci suivant les dimensions et la forme de la zone gangrenée.

Les bords de la fistule (et ceci a une grosse importance), peuvent être souples et minces ou au contraire, durs, scléreux et épais.

Au niveau de la brèche, les deux muqueuses vaginale et vésicale se continuent. La vaginale, ordinairement, s'enroule en « ectropion », suivant l'expression

de VERNEUIL, la muqueuse vésicale restant dissimulée.

Ceci est la forme la plus fréquente des fistules vésico-vaginales. Mais la situation est dans certains cas plus complexe :

a) Le col vésical peut être entamé. Et comme nulle intervention ne peut rendre à ce col un sphincter, la lésion est désastreuse en temps qu'infirmité échappant à tout espoir de restauration.

b) Nous laissons de côté, volontairement, les fistules uréthro-vaginales, juxta-cervicales, intra-cervicales et urétéro-vaginales, ces dernières d'ailleurs concomitant toujours, ou à peu près, avec un gros délabrement du bas-fond vésical.

La littérature nous offre quelques exemples de réparation spontanée : (Observations de DOLBEAU (séance du 24 septembre 1862), de L'HOSTE (séance du 8 juillet de la Société de Chirurgie), conditionnée par l'état même des bords de la fistule et la marche de la cicatrisation.

C'est ce que VERNEUIL mettait en relief dans quelques propositions que nous résumerons ainsi :

1° Toute fistule vésico-vaginale peut être considérée comme une plaie annulaire.

2° Dans toute plaie annulaire, le travail de cicatrisation s'effectue dans deux directions : d'une lèvre muqueuse à l'autre, de la périphérie au centre.

3° Si la cicatrisation est rapide entre les 2 muqueuses, nous verrons s'établir un ourlet muqueux invariable et permanent. La fistule se trouve donc

ainsi définitive et la guérison spontanée ne sera plus possible.

4° Si au contraire, la cicatrisation de la circonférence au centre s'effectue plus rapidement, si les lèvres muqueuses ne se soudent pas ou si le froncement centripète met en contact des points de muqueuse cruentée, l'oblitération de la fistule est possible.

Ce qui nous intéresse donc surtout, dans ce chapitre d'anatomie pathologique des fistules vésico-vaginales, et ceci en vue de la thérapeutique, *c'est l'état des bords de la fistule, et celui des muqueuses circonvoisines*. Car on conçoit que, si des bords souples, une muqueuse vaginale saine, des urines normales sont d'un pronostic favorable, par contre, des urines infectées, une muqueuse vaginale chroniquement épaissie, enflammée, lardacée font courir à tout traitement de réparation directe, le risque d'un échec à peu près certain.

CHAPITRE III

LES DIVERS TRAITEMENTS DES FISTULES VESICO-VAGINALES

Il nous semble inutile d'insister sur les symptômes et diagnostic de cette lésion, et plus indiqué d'en retracer, et ce aux diverses époques, les traitements proposés.

Il faut remonter à la fin du xvi^e siècle, pour trouver les premières descriptions, par SEVERIN PINEAU, de la fistule vésico-vaginale.

Mais il nous semble que celle-ci ne fut traitée chirurgicalement, pour la première fois, qu'en 1663 : ROONHUYSEN (hollandais) en fit alors l'avivement et la suture, intervention qui fut suivie d'un échec total, et qui n'engagea pas les chirurgiens de cette époque à récidiver à cette intervention.

C'est alors que nous voyons surgir devant cette impuissance reconnue, les palliatifs les plus variés, dont, tout d'abord, le « trou d'enfer » ou « urinal », inventé par J.-L. PETIT.

Puis DESAULT, CHOPART, recommandèrent le traitement de la fistule urinaire par des tampons vaginaux et la sonde à demeure, dont le résultat resta nul.

DUPUYTREN et d'autres essayèrent la cautérisation. On vit successivement surgir une « pince-érigne », d'un auteur de Montpellier, puis diverses « érignes unissantes » de DUPUYTREN, RECAMIER.

Mais, en dépit de tout cet arsenal, l'infirmité restait toujours décevante, et les chirurgiens, semble-t-il, n'osaient plus l'attaquer par intervention sanglante.

« Jusqu'à cette époque, dit TILLAUX, les tentatives de « réparation des fistules vésico-vaginales par avivement et suture donnaient de si mauvais résultats, « que la plupart des chirurgiens y avaient renoncé et « n'avaient recours qu'à la cautérisation. On doit « dire qu'une ère nouvelle a commencé avec les travaux de JOBERT (de Lamballe), et que, si la chirurgie américaine a perfectionné les procédés, la « Chirurgie française peut réclamer une grande part « dans cette importante conquête ».

C'est en effet en 1832, que JOBERT, de Lamballe, résolut d'en faire la cure chirurgicale et ce, croyons-nous à l'instigation de VERNEUIL.

« Je dois être le premier, écrit JOBERT, page 56, « Art. 1, de son « Traité sur les fistules vésico-vaginales », édition 1852, qui aie reconnu l'espèce « de fistule dont il s'agit, et c'est surtout à l'examen « anatomique des parties sur le vivant, que l'on doit « des connaissances positives sur les altérations nombreuses qui lui donnent naissance, à la suite d'un « accouchement laborieux. Les lésions que l'on rencontre dans ce cas ne se bornent pas au vagin, à « l'utérus, à la vessie, mais elles s'étendent encore à

« certains organes contenus dans le bassin et quelquefois même à tous. Les lésions principales portent cependant sur le vagin, la vessie et l'utérus ».

Après la description des lésions le plus souvent rencontrées et que nous avons décrites rapidement lors de l'étude de l'anatomie pathologique des fistules vésico-vaginales, l'auteur ajoute :

« On serait dans des cas pareils porté à croire qu'il n'y a plus de ressources, et que la chirurgie n'a rien à espérer de pareils désordres. Telle a été longtemps mon opinion, avant que l'expérience m'eût prouvé que ces pertes de substance pouvaient être réparées par le déplacement de l'urèthre et du reste du vagin, de la vessie et de l'utérus. La main peut dans les cas dont je parle pénétrer dans la vessie ».

Découragé par l'insuccès de l'avivement et de la suture, il s'inspira de la méthode indienne, taillant un lambeau à la grande lèvre, voire à la cuisse. Plusieurs chirurgiens, dont Roux, suivirent cet exemple, qui eut grand retentissement, mais enregistrèrent des insuccès qui découragèrent leur zèle. JOBERT avait donné à son mode opératoire le nom « d'Elytroplastie ».

VERNEUIL, dans ses « Mémoires de Chirurgie, tome 1, page 734, Edition 1877, que nous avons pu parcourir, résume les travaux de HAYWARD, de Boston, et nous donne le manuel opératoire de l'époque, concernant la technique de l'oblitération directe de cette cruelle infirmité :

1° AFFRONTMENT PAR DE LARGES SURFACES SAIGNANTES.

Cette idée appartient à DIEFFENBACH. Après l'avivement perpendiculaire des bords de la fistule, on exécutait le décollement des muqueuses vaginale et vésicale. Ce n'est qu'en 1841, qu'en France, GERDY préconisa l'affrontement par de larges surfaces. Après dissection de la muqueuse vaginale, il renversait les lambeaux obtenus du côté du vagin et les maintenait adossés par leur face saignante du côté du vagin. Vers la même époque, LEROY (d'Étiolles), proposait d'accoler à l'aide d'instruments de son invention, les parois vaginales avivées au pourtour de l'ouverture (*Gazette des Hôpitaux*, du 13 septembre 1842).

2° PASSAGE DES FILS EXCLUSIVEMENT DANS L'ÉPAISSEUR DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE, SANS BLESSER LA MUQUEUSE DE LA VESSIE.

DIEFFENBACH attachait une grande importance à cette règle :

« L'opération de la fistule vésico-vaginale est toujours dangereuse, principalement en raison de la
« lésion qu'on fait à la vessie, la suture produisant
« toujours plus ou moins d'inflammation des bords
« de l'ouverture fistuleuse ou des parties avoisinan-
« tes ».

3° ABAISSEMENT DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE POUR RENDRE LA FISTULE ACCESSIBLE A LA VUE ET AUX INS- TRUMENTS.

On ne parlerait guère autrement de nos jours, ainsi que nous le verrons dans quelques instants. Les échecs de toutes ces tentatives d'oblitération directe de la lésion nous semblent dus à l'absence dans l'arsenal chirurgical de ce temps de fil résorbable.

Aussi voyons-nous tous les chirurgiens qui s'intéressaient à cette question, inventer de multiples procédés de contention : c'est METTAUER qui mettait les bords avivés de la fistule en contact, par une suture, avec des fils de plomb ; tandis que PANCOAST (de Philadelphie), laissait les fils deux semaines ou davantage, les enlevant lorsqu'ils devenaient lâches et provoquant par le nitrate d'argent solide une réunion secondaire là où la réunion immédiate faisait défaut, véritable suture par schindylèse.

D'autres auteurs firent leur suture avec des « soies de dentiste », qu'ils abandonnèrent jusqu'au moment où elles s'éliminaient par suite du travail d'ulcération né sous leur influence.

« Je regarde le petit volume du fil et la possibilité
« de le laisser en place jusqu'à l'élimination, par les
« efforts de la nature comme un grand progrès des-
« tiné à avoir une influence favorable sur le résultat
« de l'opération » (HAYWARD).

Le procès de toutes les tentatives d'oblitération directe de cette cruelle infirmité semblant ainsi réglé,

la chirurgie cherche alors à la soulager, à l'amoin-
drir tout au moins, par des procédés indirects.

De ceux-ci, le premier en date fut décrit, dans les
« *Annales de la Chirurgie Française et Etrangère* »,
en 1844, par VIDAL (de Cassis).

Ce procédé, et d'autres qui suivirent et que nous
verrons plus loin, s'inspirait de l'idée de l'obturation
des voies génitales : VIDAL lui donne l'appellation
d' « *Episiorraphie* ». Il faisait la suture des grandes
lèvres qui « ne tenait pas ». Son procédé fut repris
peu après, par SIMON (de Bostock) qui, sous le nom de
« *Colpocléisis* », tenta la fermeture plus hermétique
du vagin. Ce vagin, transformé en cloaque, devait
recevoir l'urine, les menstrues, et, par regorgement,
déverser son trop-plein, par la fistule, dans la vessie,
laquelle devait se vider par l'urèthre.

De la théorie à la pratique, il y a souvent loin, et
il faut que les résultats ne furent pas merveilleux,
car, en 1847, JOBERT reprenait la question et tentait,
ainsi que nous l'avons déjà vu, à nouveau, l'oblité-
ration directe. Il n'est pas osé de dire que cette fois,
il fut un précurseur et que c'est de sa « *cystoplastie
par glissement* » que sont nés les procédés actuels, ce
qui justifie le jugement de TILLAUX, que nous avons
rappelé ci-dessus.

Avant d'aller plus loin, nous demandons à ouvrir
une parenthèse : quoique nous fassions un historique
presque centenaire (1844 - JOBERT-SIMON), la malade
qui nous occupe a vu, après trois tentatives vaines,
renaître le procédé de « *Colpocléisis* », mais sans suc-

cès, et c'est ce qui fait, croyons-nous, l'intérêt de notre observation.

Il est de vieux procédés qui semblent périmés, et qui renaissent par hasard, dans ces cas désespérés, même entre les mains de jeunes chirurgiens se piquant de progrès. Quand on ne réussit pas à « boucher le trou », si on nous permet cette expression, de guerre lasse on tente de « boucher le tout ». De l'un à l'autre, plus loin nous essaierons de faire le point.

Cette parenthèse close (après échec de l'obturation génitale), nous revenons, en 1847, aux nouvelles tentatives de JOBERT.

Si quelques détails de technique et de suture ne favorisèrent pas ses efforts, il n'en reste pas moins que son inspiration, disions-nous, marquât un point important dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Incisant la paroi vaginale, ainsi que nous l'avons vu, au niveau du cul-de-sac antérieur, la mobilisant, s'aidant au besoin d'incisions libératrices, JOBERT diminuait ainsi la tension de l'orifice fistuleux, ce qui en rendait plus facile la suture. L'idée était lancée. MARION SIMS et BOZEMAN entreprirent de la perfectionner. FOLLIN et VERNEUIL (cf les Mémoires de Chirurgie de VERNEUIL, que nous avons cité plus haut), BAKER BROWN et SIMPSON, SIMON (France, Angleterre, Allemagne), s'y appliquèrent. Et la cystoplastie par glissement aboutit peu à peu, vers 1864, après des travaux de GERDY, repris par DUBOUE (de Pau), à la méthode, restée classique, du dédoublement de la cloison vésico-vaginale.

Il ne faut pas croire que l'idée en fut retenue alors. Pour nous revenir en France, il fallut qu'elle passât par l'Allemagne pour être reprise sur notre sol, par RICARD et QUENU. Et pour terminer cet historique, nous le clorons en 1900 (*Semaine Gynécologique*, p. 130), sur un procédé nouveau de BRAQUEHAYE (Tunis), que nous allons exposer, nous demandant si, dans notre cas personnel, et suivant événements ultérieurs (urines normales, muqueuse vaginale améliorée), ce procédé ne serait pas indiqué.

BRAQUEHAYE, s'inspirant des « mauvais cas », ceux qui avaient résisté à toute tentative, cherchant dans ces cas désespérés, une atténuation à la lamentable infirmité de ces jeunes femmes, eut l'idée de l'obturation vaginale, mais en réduisant notablement et aux bords même de la fistule, le « cloaque vaginal ». Pour ce faire, il incisa circulairement le vagin, le décollant le plus possible de la fistule, et l'invaginant en doigt de gant, le sutura hermétiquement. Il réduisit ainsi l'énorme cloaque vaginal en une surface restreinte ; la grande salle vaginale où dans un bal douteux, mijotaient les urines, le sang des règles et la leucorrhée, en une salle quasi familiale, dont la capacité est réduite. RICHELOT dit avoir, par ce procédé, soulagé plusieurs jeunes femmes désespérées. Nous tenons du Docteur DUCHENE, ancien élève de Bouilly, RICHELOT, PICHEVIN, LE DENTEC, au temps où fleurissaient ces fistules vésico-vaginales, la même opinion à l'égard du BRAQUEHAYE, dans les cas rebelles à condition qu'il soit bien exécuté.

Ces fistules, nous l'avons maintes fois répété, deviennent une exception. Malheureusement, elles se produisent encore, mais le chirurgien les voit récentes, en général, aussi dans les traités spécialisés modernes ne trouve-t-on trace que de la cure par oblitération directe. Dans la « *Technique Chirurgicale* », publiée en 1932, sous la direction du Professeur MARION, dans le tome consacré à l'Urologie-Gynécologie, et de sa main, nous trouvons le mode opératoire exposé d'une façon très claire.

A. — OPERATION PAR VOIE VESICALE

1° OUVERTURE DE LA VESSIE ET MISE A JOUR DE LA FISTULE.

2° INCISION. — Au bistouri on incisera le pourtour de la fistule, à l'union de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vésicale.

3° DISSECTION. — La muqueuse vésicale sera séparée du vagin sur une surface aussi large que possible.

4° FERMETURE DE LA FISTULE.

a) Suture vaginale au fil de lin en trois plans.

b) Suture vésicale au catgut en un plan.

5° FERMETURE DE LA VESSIE EN DEUX PLANS.

Un plan profond rapproche en masse toute l'épaisseur de la paroi (catgut n° 1); un plan superficiel intéressant la couche musculaire au catgut n° 4.

Un tube de drainage sera laissé car, ainsi que le fait remarquer l'auteur à la page 78 de l'ouvrage cité

« Quelle que soit l'intervention pratiquée, il ne faut jamais fermer complètement la vessie, et se contenter de la drainer par la mise en place d'une sonde à demeure dans l'urèthre ».

6° FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

B. — OPERATION PAR VOIE VAGINALE

1° EXPOSITION DE LA FISTULE.

2° DÉDOUBLEMENT DES BORDS DE L'ORIFICE DE LA FISTULE.

3° SUTURE. — Un fil de catgut n° 1, placé en surjet sur la paroi vésicale, mais ne pénétrant pas dans la vessie, fait le tour de la fistule. En serrant ce fil on adosse les parois vésicales en « bourse ». Là est tout le secret de la réussite de l'opération, considérée comme délicate par les anciens auteurs, qui voyaient transformer en petites fistules les points de suture de la paroi vésicale lorsqu'ils enlevaient fils, crochets ou pinces ériges.

Avec des fils de lin on enfouit ce premier plan. Par points séparés, au fil de lin, on rapproche les lambeaux du vagin.

En principe on abordera par la voie vésicale la majorité des fistules vésico-vaginales, en réservant la voie d'accès vaginale pour les fistules bas placées.

Quelle que soit l'opération entreprise, on ne saurait trop insister sur l'obligation où l'on est, pour avoir de bons résultats, de désinfecter soigneusement ves-

sie et vagin. Comme soins consécutifs, on se bornera à nettoyer, le cas échéant, les drains et sondes mis en place en s'abstenant de tout lavage vésical. La malade sera utilement constipée pendant six jours et plus par des comprimés d'opium. La position ventrale ou le décubitus latéral seront fortement conseillés pour éviter que l'urine stagne sur la surface opératoire.

A la page 189 du « Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale », par J.-L. FAURE et A. SIREDEY, nous trouvons une combinaison ingénieuse des procédés d'oblitération directe et indirecte.

C'est le procédé de FERGUSSON-BRAQUEHAYE :

En sectionnant circulairement la muqueuse vaginale à environ un centimètre autour de la fistule, et en dédoublant la cloison en se dirigeant de la périphérie vers le centre, de la ligne d'incision vers l'orifice fistuleux, qu'on a soin de ne pas atteindre, on obtient de cette façon une collerette adhérente à tout le pourtour de la fistule qu'on renverse vers la vessie en suturant l'une à l'autre avec de fins catguts les surfaces cruentées. On obtient ainsi une vaste surface saignante, assez semblable à celle que l'on obtient par les méthodes américaines.

On suture cette surface saignante comme dans le procédé de MARION SIMS, ce qui crée ainsi deux plans superposés, constitués l'un et l'autre par la muqueuse vaginale. Cette double épaisseur de plans solides est évidemment une condition favorable à la réussite de l'opération. On peut encore, à l'exemple de RASTOUIL, dédoubler la cloison vésico-vaginale, comme à l'ordi-

naire, et suturer, par-dessus la collerette centrale, l'une à l'autre les lèvres ainsi dédoublées. Ce qui est donc une combinaison du procédé de FERGUSSON-BRAQUEHAYE et du dédoublement.

De tous ces procédés, les plus simples sont les meilleurs. A priori, les procédés par dédoublement l'emportent sur l'avivement simple, qui entraîne une grande perte de substance difficile à réparer et qui empêche d'utiliser toute la muqueuse vaginale que l'on a à sa disposition, ainsi que sur les procédés d'oblitération indirecte qui font de l'opérée une infirme.

Toutefois, il existe ainsi que le montre l'observation que nous allons rapporter, des cas rebelles, et à leur sujet nous nous demandons si les vieux procédés d'oblitération des fistules vésico-vaginales ne méritent pas d'être pris en considération, pour soulager, dans la mesure du possible, les malheureuses qui en sont atteintes.

CHAPITRE IV

OBSERVATION PERSONNELLE

Le 11 mars 1935, le Docteur DUCHENE, de Saint-Malo, chez lequel nous nous trouvions par hasard, nous fit examiner une jeune femme de 29 ans, venue le trouver « pour être opérée ».

Dès l'abord, il s'agit d'une personne maigre, semblant marcher avec difficulté; quand elle retire son manteau, on devine, sous sa robe, une forte garniture. Avant tout interrogatoire, elle commence par s'excuser de se présenter dans des conditions malpropres, ajoutant qu'elle ne peut faire autrement.

Son histoire est la suivante :

Il y a trois ans, elle a accouché à terme. Le travail, surveillé par une sage-femme, débute un samedi et se prolongea jusqu'au mardi suivant, *soit trois jours*. Et ce fut le mardi que la sage-femme manda un médecin. Il y eut application de forceps, assez pénible dit-elle, et l'enfant « qui avait une grosse tête », sortit mort-né.

Les suites immédiates furent sans histoire, sauf une rétention d'urine qui, pendant deux jours, nécessita la sonde. Le troisième jour, la malade, ou plutôt

l'accouchée, réclamait, devant un besoin impérieux, qu'on la sondât à nouveau. *La sage-femme voulut qu'elle urinât seule, et la fit insister* : une douleur suivie d'un soulagement : la vessie venait de se vider, mais entièrement par le vagin.

Depuis lors, et un certain temps après la post-partum, notre cliente nous dit avoir subi quatre tentatives de restauration : les deux premières par voie vaginale, la troisième par voie abdominale, la quatrième enfin, qui devait être définitive, sur le périnée. Mais l'état définitif ne dura pas longtemps, car l'incontinence vésico-vaginale avait persisté.

Il lui faut constamment, le jour, de ces épaisses garnitures qui font hernie sous ses vêtements. La nuit, elle s'installe à demeure sur un bassin.

Après ces multiples échecs, elle eut pris son parti de son infirmité, si, depuis quelque temps elle ne souffrait. Elle éprouve dans le bas-ventre une sensation constante de cuisson, de pesanteur, qu'elle explique par ce fait que, si l'urine filtre sans difficulté, le sang menstruel sort mal, et surtout les pertes blanches épaisses dont elle est atteinte depuis quelques mois. Elle a vu, au cours d'un déplacement, un chirurgien Belge, qui lui a dit qu'il faudrait la réopérer. Et c'est cette intervention qu'elle vient réclamer au Docteur DUCHENE.

EXAMEN

La région sous-ombilicale est le siège d'une cicatrice opératoire très élargie, étoilée, irrégulière, té-

moignant d'un tamponnement prolongé ou d'une suppuration.

La vulve et la face interne des cuisses sont enflammées, macérées.

Il n'existe aucune trace de cavité vaginale. D'arrière en avant, part, de l'anus, un mur cicatriciel qui ne s'arrête qu'immédiatement au-dessous du méat urinaire, mur irrégulier dans lequel on cherche au doigt une communication avec le vagin. Un peu au-dessus de l'anus, est une dépression où l'extrémité de l'index pénètre de 1 centimètre environ sans aller plus loin. A la partie moyenne, on trouve un pertuis, admettant 5 m/m de sonde canelée. Un jet d'urine sanguinolente (les règles avaient devancé l'appel), montre alors que l'écoulement se fait uniquement au « pignon » antérieur du mur cicatriciel, tout au-dessous du méat urinaire. Mais cet orifice est serré. On ne peut y introduire l'index; le petit doigt lui-même ne saurait le franchir. Une sonde de Nelaton, n° 16, poussée d'avant en arrière y pénètre à friction.

Peu familiarisé, nous l'avouons, avec les fistules vésico-vaginales, n'eut été l'incontinence vaginale, nous eussions pensé à une réfection dans laquelle le chirurgien serait allé « un peu fort ». C'est alors que le Docteur DUCHENE nous apprit que l'intervention avait été faite dans un but thérapeutique, et que l'idée première en venait à VIDAL (de Cassis). D'où l'idée qu'il nous suggéra de reprendre cette question.

Ici, la malade souffrait. Non seulement son infirmité la gênait, mais aussi la leucorrhée. Elle ne pou-

vait prendre aucun soin d'hygiène, et il n'était pas douteux qu'elle faisait de la vaginite, peut-être même de la métrite, car, notre malade restant réglée en dépit d'une hystérectomie, nous devions conclure qu'on lui avait laissé les ovaires, un col et suffisamment de muqueuse du corps utérin pour conserver, jusqu'à un certain point, la synergie utéro-ovarienne.

INTERVENTION PRÉPARATOIRE

La situation exigeait tout d'abord l'abrasement du mur cicatriciel, la « mise à l'air » de la cavité vaginale, ce qui permettrait les soins d'hygiène ; pour le reste on verrait plus tard.

C'est ce que, en Belgique, nous dit la malade, on lui avait conseillé.

Ce fut fait le 15 mars. L'intervention nous paraissait d'une telle simplicité, que nous fûmes surpris de voir le Docteur DUCHENE réclamer l'anesthésie générale au Balsoforme. Il nous expliqua qu'il ignorait ce qu'il y avait par derrière l'obturation et quel procédé d'occlusion on avait tenté, et que, au cas où il eut été fait un Braquehayé, il pouvait être appelé à aller assez profondément dans le tissu cicatriciel.

La malade endormie, il put par l'orifice antérieur introduire son petit doigt, qui rentra ainsi dans le vagin, et se rendre compte qu'il avait été fait une simple « colpocléisis ». Effondrant alors la cloison qui fermait, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, la dépression décrite, il passa entre les deux une pince courbe sur laquelle il abrasa les tissus.

Le vagin était reconstitué. On avait donc renouvelé l'opération de SIMON (de Bostock), à peu près contemporaine de celle de VIDAL (de Cassis), en 1844, et on avait renouvelé l'échec des auteurs d'alors. Profitant du jour créé, l'opérateur explora la cavité. *Sur le cul-de-sac antérieur apparaissait la fistule qui était de dimensions réduites, mais entourée d'une collerette assez large de muqueuse vaginale très œdématiée*, à laquelle adhéraient de petits cristaux urinaires.

Nous arrêtâmes l'opération à ce premier stade, voulant procéder à l'asepsie des voies urinaires et génitales avant de pratiquer une nouvelle tentative d'oblitération de la fistule.

Un examen s'imposera plus tard, après soins de propreté suffisants et remise en état, autant que possible, de cette muqueuse vaginale.

Mais d'ores et déjà, il est permis de se poser cette question : Quelle nouvelle intervention pourrions-nous pratiquer pour soulager l'infirmité de cette jeune femme ?

CHAPITRE V

CHOIX D'UNE INTERVENTION

L'occlusion directe de la fistule vésico-vaginale est évidemment la méthode de choix, mais dans le cas de notre malade, pouvons-nous la pratiquer ?

Rappelons que, ici, la fistule a été attaquée successivement trois fois, dont une fois par voie haute. Nous savons en outre qu'on a fait une hystérectomie sub-totale.

Pour qui sait les difficultés que l'on éprouve parfois à « dédoubler » une fistule vésico-vaginale, pourtant vierge, mais dont les bords sont épaissis, enflammés, il est inutile de dire que, dans le cas qui nous occupe, où le pourtour de cette fistule présente un tissu cicatriciel certainement dense, consécutif aux trois opérations antérieures, c'est courir à notre sens, bien des aléas, que de tenter le « dédoublement », suivant la technique fixée par M. le Professeur MARION. Le résultat nous en semblerait bien problématique, et nos chances de succès bien minimes. Dussions-nous aborder le vagin par voie ischio-rectale (procédé de MICHAUX et qui, à notre avis, ne vaut ni la voie abdominale, ni la voie transvésicale), le jour ainsi créé ne

changerait rien à l'affaire. Emprunterons-nous la voie haute (abdominale ou transvésicale) ? L'aspect de la paroi abdominale qui semble en avoir vu « de dures » (cicatrice opératoire très élargie, étoilée, irrégulière, siégeant à la région sous-ombilicale), nous laisse sceptique quant à l'état de « l'intérieur ». Et puis, si le chirurgien qui a opéré la malade à sa quatrième tentative a cherché un procédé indirect, c'est qu'il avait ses raisons pour laisser en paix la fistule elle-même.

Mais discutons systématiquement les autres procédés d'oblitération directe.

Que nous donnerait la méthode de l'avivement et de la suture ? Nous savons ce que pensait TILLAUX de ce procédé. Il nous faudrait exciser toute la collerette œdématisée, cartonnée, qui entoure l'orifice de la fistule (nous rappelons que les orifices vaginal et vésical sont confondus, soudés), entraînant ainsi une large perte de substance impossible à réparer par suture, et des greffes auraient un résultat trop aléatoire pour que nous exposions notre malade, dont le moral est très bas, à un échec à peu près certain.

Pour la même raison, nous n'emploierons pas la technique de FERGUSSON-BRAQUEHAYE, qui aurait en outre l'inconvénient de créer, vu l'importance de la collerette qui entoure la fistule et que nous devrions respecter, un diverticule assez considérable à la vessie, qui rendrait impossible une suture de la muqueuse vaginale, et qui, obstruant la lumière de cette cavité, retiendrait en amont le sang des règles et la leucor-

rhée, inconvénient auquel ne pourrai, peut-être pas remédier une bonne hygiène. Par la forme en « champignon » qu'il aurait, la vidange par regorgement se ferait très mal.

Faut-il alors, abandonner les bras croisés, cette jeune femme à sa triste infirmité ? Il nous semble, à priori, et sous réserve d'examen ultérieur, que non, et nous avons la certitude que l'obturation génitale, plus complète que le simple « colpocléisis » déjà subi en vain, serait ici à tenter, autrement dit le Braquehayé.

Et voici comment nous concevons dans l'avenir la conduite à tenir :

VIDAL (de Cassis), le promoteur de l'obturation génitale, admettait que le sang des règles, qui ne pouvait coaguler dans l'urine du cloaque vaginal, n'avait aucune importance; c'était aussi l'avis de SIMON (de Bostock).

Notre malade est réglée, régulièrement, comme date, mais avec un écoulement insignifiant comme quantité : le tout, peu marqué, dure deux jours et va en diminuant. Elle a déjà subi une hystérectomie subtotale, nous le savons.

Le Docteur DUCHENE se propose de demander à la radiothérapie de parfaire la stérilisation, pour avoir toute tranquillité de ce côté.

« L'apparition précoce ou inattendue des règles compromet sérieusement la réussite de l'anaplastie vésico-vaginale, et du reste, de toutes les opérations pratiquées dans la sphère génitale. Aussi il m'est

impossible de comprendre comment on a pu dire que le chirurgien n'avait pas à se préoccuper de la menstruation, dans les opérations de ce genre. C'est une véritable hérésie en pratique » (VERNEUIL).

D'autre part, nous n'hésiterions pas, même chez une malade n'ayant pas subi, comme la nôtre, l'hystérectomie subtotale, à réclamer cette castration, car l'opération que nous proposons supprime la fécondité (le sang menstruel devant s'écouler par la vessie), tout en permettant un coït, plus ou moins modeste, conditionné par la situation de la fistule par rapport à la cavité vaginale.

Nous ne croyons pas sortir du cadre de cette question en parlant un peu des troubles que cause parfois la ménopause provoquée chez la femme.

Les gynécologues se sont beaucoup préoccupés de cette importante question, et nous trouvons dans la revue « *Gynécologie et Obstétrique* » de septembre 1933, page 266, un article de M. VAN GAUWENBERGHE, qui nous a paru intéressant à citer. Nous nous exposerions à des troubles locaux qui consisteraient en atrophie plus ou moins marquée de l'utérus, du vagin et de la vulve, troubles dont nous prenons allègrement la responsabilité et qui, le cas échéant, serviraient notre cause en diminuant le petit cloaque urogénital que nous aurons créé.

Les troubles généraux qui consistent surtout en « Bouffées de chaleur » qu'une thérapeutique simple peut facilement améliorer, quoique M. KREIS (de Strasbourg) pense que : « La thérapeutique substi-

tutive n'est pas un traitement en matière d'ovaire, ce n'est qu'une galante tromperie » (*Gynécologie et Obstétrique*, octobre 1933, page 504).

Les troubles psychiques nous effraieraient davantage s'ils n'étaient pas excessivement rares après l'irradiation des ovaires, et nous faisons volontiers nôtres les conclusions de l'auteur précité :

« Les troubles de la ménopause par irradiation sont en général légers, lorsque la méthode a été appliquée prudemment. Dans ces cas, le traitement opothérapique est à déconseiller, sauf dans certains cas particulièrement graves et du reste très rares ».

Les troubles psychiques de la ménopause provoquée ou physiologique ne sont-ils pas l'apanage de femmes prédisposées et dont l'interrogatoire met en général en évidence un passé plus ou moins pathologique ?

Nous ne voudrions pas nous appesantir davantage sur cette discussion pour laquelle nous ne sommes guère qualifié. Nous signalerons cependant le substantiel article de M. Lucien BROUHA, paru dans le numéro d'août 1933 de « *Gynécologie et Obstétrique* », sous le titre de « Bases expérimentales du problème de la ménopause provoquée ».

Pour nous, nous considérons cette castration comme une mesure de propreté, et nous n'hésiterons pas à la proposer à toute femme *sans tare psychique*, qui serait appelée à supporter la même intervention que notre malade.

Combien voyons-nous de femmes jeunes, ménopau-

sées lors d'irradiation de fibromes utérins, se porter parfaitement bien ou présentant parfois de légers troubles vaso-moteurs, auxquels elles n'attachent aucune importance.

Nous pensons éviter ainsi des inconvénients plus grands et plus certains : métrites, salpingites, etc...

Tandis que travaillera le radiologiste, nous désinfecterons les voies génito-urinaires, et alors seulement nous passerons au *second temps de notre intervention*, dont nous envisageons ainsi la technique :

1° La malade étant anesthésiée et en position gynécologique, nous exposerons d'abord bien en vue la fistule, comme pour le procédé du dédoublement.

2° Nous inciserons circulairement la muqueuse vaginale suivant un plan perpendiculaire à l'axe du vagin et passant à 1/2 cm. environ, en muqueuse saine, de la collerette œdématiée entourant les bords de la fistule laissée ainsi dans le segment distal du vagin divisé de cette façon.

3° Nous disséquons, de bas en haut la muqueuse vaginale. A la paroi antérieure, nous serons rapidement arrêté par cette collerette elle-même, tandis que nous pousserons davantage le dédoublement, le long de l'autre paroi, vers le cul-de-sac postérieur.

4° Invaginant alors cette portion de muqueuse ainsi préparée, nous suturerons en « bourse » sa surface cruentée, avec du catgut n° 1. Au fil de lin, nous enfouirons ce premier plan.

Nous aurons ainsi créé un diverticule aussi petit que possible, et qui pourra assez facilement se vider

par regorgement dans la vessie, puisqu'il présentera une sorte de plancher oblique de haut en bas et d'arrière en avant (rappelons que la fistule se trouve dans le cul-de-sac antérieur), et ne recevra que de l'urine.

5° Une légère dissection du segment inférieur du vagin nous permettra de fermer par points séparés au fil de lin le manchon muqueux, également invaginé.

Les soins post-opératoires seront les mêmes qu'après l'intervention suivant la méthode classique du dédoublement.

Ce procédé que nous venons d'exposer fut décrit par BRAQUEHAYE et vanté par RICHELOT. Notre malade restera évidemment une infirme au point de vue génital, mais elle ne sera plus pour elle et pour les autres un objet de dégoût.

CONCLUSIONS

Nous concluerons, d'accord avec le Professeur MARION, que l'on doit tenter la cure de toute fistule vésico-vaginale post-obstétricale. Nous aurons recours à la méthode du dédoublement, toutes les fois que nous aurons affaire à une fistule récente, aux bords souples.

La situation plus ou moins haute de la fistule, nous fera choisir la voie d'accès abdominale ou la voie d'accès vaginale. C'est ce que nous appellerons la cure radicale de première intention. Cependant, s'il nous est donné de recevoir une malade dans les mêmes conditions que celle dont nous avons rapporté l'observation détaillée, nous demanderons au procédé d'obturation indirecte un soulagement notoire de cette triste infirmité, voire même une guérison définitive.

Dans ce cas, nous pratiquerons systématiquement l'opération de Braquehay, que nous venons de décrire en détail, et à laquelle nous allierons la méthode moderne de stérilisation par la radiothérapie, s'il y a lieu.

En résumé :

1° Toute fistule vésico-vaginale post-obstétricale doit être opérée.

2° L'opération de choix sera le dédoublement des deux muqueuses vésicale et vaginale.

3° Cette opération étant impossible à cause de l'état des bords de la fistule, on pratiquera l'obturation indirecte par la méthode de Braquehay, que pour notre part nous ferons précéder, le cas échéant, par une ménopause provoquée par irradiation.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PROUST.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER-BROWN. — On vesico-vaginale fistula (1858).
- BOZEMAN. — *Louisville Revue* (1856, page 75)
— *Remarks on vésico-vaginal fistule* (1856).
- BRAQUEHAYE. — *Semaine Gynécologique* (1900, page 130)
Traitement de la fistule vésico-vaginale par un procédé nouveau (Tunis, 1899).
- BROUHA Lucien. — Bases expérimentales du problème de la Ménopause provoquée (*Gyn. et Obst.*, sept. 1933, page 266).
- CHOPART. — Maladies des voies urinaires (1830).
- COUVELAIRE, LEMIERRE, LENORMAND. — *Pratique Médico-Chirurgicale* (1931, Tome VIII).
- DEROUBAIX. — Fistules uro-génitales (1875).
- DIEFFENBACH. — Opérative Chirurgie.
- ESMARCH. — *Deutsche Klinik* (3 juillet 1858, n° 37).
- FAURE J.-L. et SIREDEY A. — Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale (1923, p. 189).
- FOLLIN. — *Archives de Médecine* (1860).
- FROGE. — Dissertation sur la fistule vésico-vaginale (*Thèse de Paris*, 1835).
- GAUWENBERGHE (A. Wan). — Traitement des troubles de la ménopause provoquée chez la femme (*Gyn. et Obst.*, sept. 1933, page 266).
- GERDY. — *Revue scientifique et industrielle* (1841, tome V., page 454).
- HAYWARD. — *Medical Times and Gazette* (17 avril 1858).
— *Boston medical and surgical Journal* (avril 1851). — *Surgical Reports and Miscellaneous Papers on Medical subjects* (1855).

- HORNER. — *Gazette Médicale de Paris* (1838, page 124).
- JOBERT. — *Chirurgie plastique* (t. II, page 525). *Bulletin de l'Académie de Médecine* (16 mars 1847). — *Fistule vésico-vaginale*, 1852, page 56.
- KILIAN. — *Die rein-chirurgischen Operationen des Geburtshelfers* (1856).
- LALLEMAND. — *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales, etc.* (in *Arch. gén. de méd.*, avril 1865, 1^{re} série; t. VII, p. 481).
- LE DOUBLE. — *Du Kleisis génital* (*Thèse Paris*, 1876).
- LEROY. — *Gazette des Hôpitaux* (13 sept. 1842, p. 505).
- MALGAIGNE. — *Revue médico-chirurgicale* (1847, t. II, page 303).
- MARION. — *Technique chirurgicale (Urologie)*, 1932, page 112).
- MICHON. — *Thèse de Concours* (1841).
- NEUGEBAUER. — *Arch. of. Gyn.* (1889).
- NITRAC. — *Revue mensuelle de Gynécologie de Bordeaux* (déc. 1899).
- PANCOAST. — *Medical Examiner* (mai 1847).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
— *Annales de Gynécologie* (mai 1874, p. 324).
- PROUST R. — *Chirurgie de l'Appareil génital de la femme*, 1908, p. 34).
- QUENU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* (mars 1897).
- REEB. — A propos des fistules urinaires après la césarienne basse. *La gynécologie et La Semaine gynécologique des praticiens réunies*, mars 1935).
- RICARD. — 10^e *Congrès de Chirurgie* (24 octobre 1896).
- RICHELOT. — *Union Médicale* (juillet 1889).
— *Chirurgie de l'Utérus, du Vagin et de la Vulve* (1902).
- ROBERT. — *Conférence de Clinique Chirurgicale* (1860, page 146).

- ROCA. — *Journal Universel des Sciences Médicales* (t. IX).
- SIMS MARION. — *An Journal of Medical Sciences* (Jan. 1852).
- *The Anniversery discourse* (New-York, 1858, p. 31).
 - *American Journal of the medical Science* (2 série, t. XXIII, page 59).
- TESTUT. — *Anatomie humaine* (1923, t. IV, p. 750).
- TILLAUX. — *Chirurgie Clinique* (1900).
- VERMELIN. — *Bull. de la Soc. Obs. et Gyn.* (Juillet 1934).
- VERNEUIL. — *Bulletin de l'Académie de Médecine* (1860).
- *Archives générales de Médecine* (1862).
 - *Bulletin de Thérapeutique* (1862).
 - *Mémoires de Chirurgie* (1877).
- VIDAL. — *Annales de la Chirurgie Française et Etrangère* (1844, page 208).
- VIGNES. — Action des diverses opérations sur la fonction menstruelle et sur les fonctions connexes (*Progrès Médical*, 1925, page 1854-1858).
- Troubles consécutifs à la castration ovarienne (*Revue-Path. et Thér.*, 1930).
 - Les troubles de la ménopause. Comment les interpréter ? Comment les soulager ? (*Progrès Médical*, 1933, t. I, page 922-925).



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



